

表5. その他の精神療法

アニマルセラピー、解決志向アプローチ、回想法・回想療法、家族教室、活動療法、カラーセラピー、感覚総合療法、逆説療法（フランクル）、呼吸法、コラージュ療法、再決断療法（個人・集団）、サイコドラマ、作業治療、作業療法、自己調整法、指示的療法、社会不安障害に対する集団療法、集団支持的精神療法、集団(精神)療法（外来／入院、当事者／家族）、心理教育（サイコエデュケーション）（当事者／家族対象）、心理教室家族教室、心理・社会的院外治療活動、精神力動的な精神療法、受容的精神療法、絶食療法、川柳療法、ソリューション、対人関係療法、デイケア、東洋医学的精神療法、動機づけ面接、洞察療法、動作療法、日記療法、人間学的精神療法、認知症リハビリテーション、曝露反応妨害法、風景構成法、フォーカシング、ブリーフサイコセラピー、ボランティア仲介・活用療法、模擬裁判、森田・内観療法（同時施行）、薬物精神療法（ファルマコ・サイコセラピー）、薬物依存に対するMatrix Program、臨床動作法、CBASP、GADに対するacceptance、NBMによる精神医学的アプローチ、SFA、TA・ゲシュタルト療法、TFT（五十音順）

図4. 精神病性障害に対する精神療法の実施状況

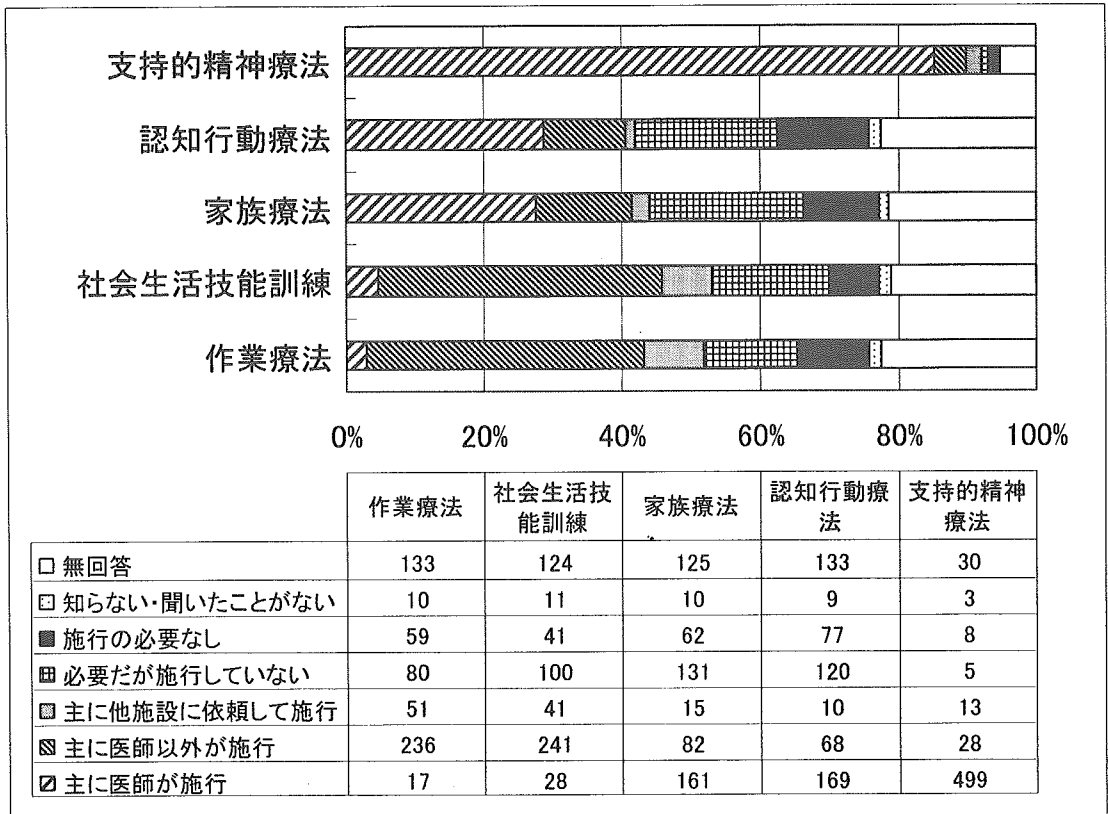


図5. 精神病性障害に対する精神療法の実施比率（患者あたり）

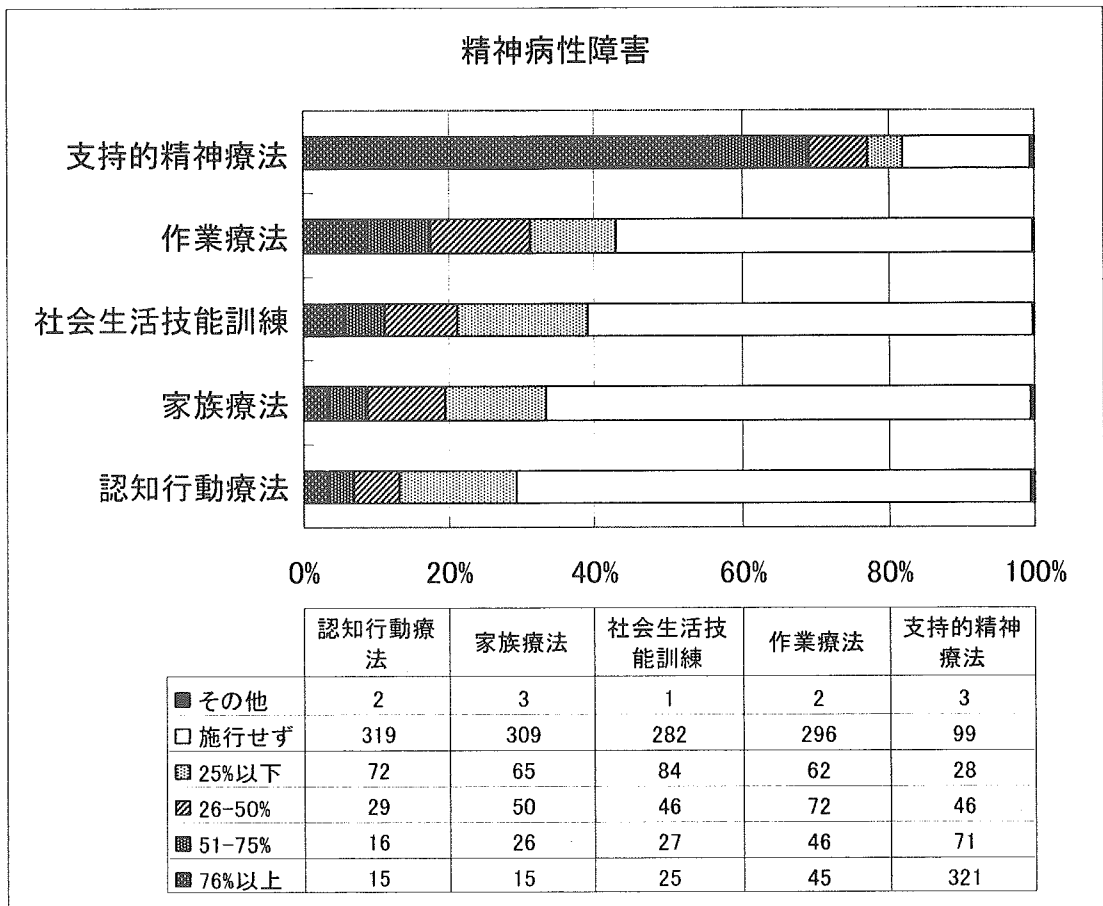


図6. 気分障害に対する精神療法の実施状況

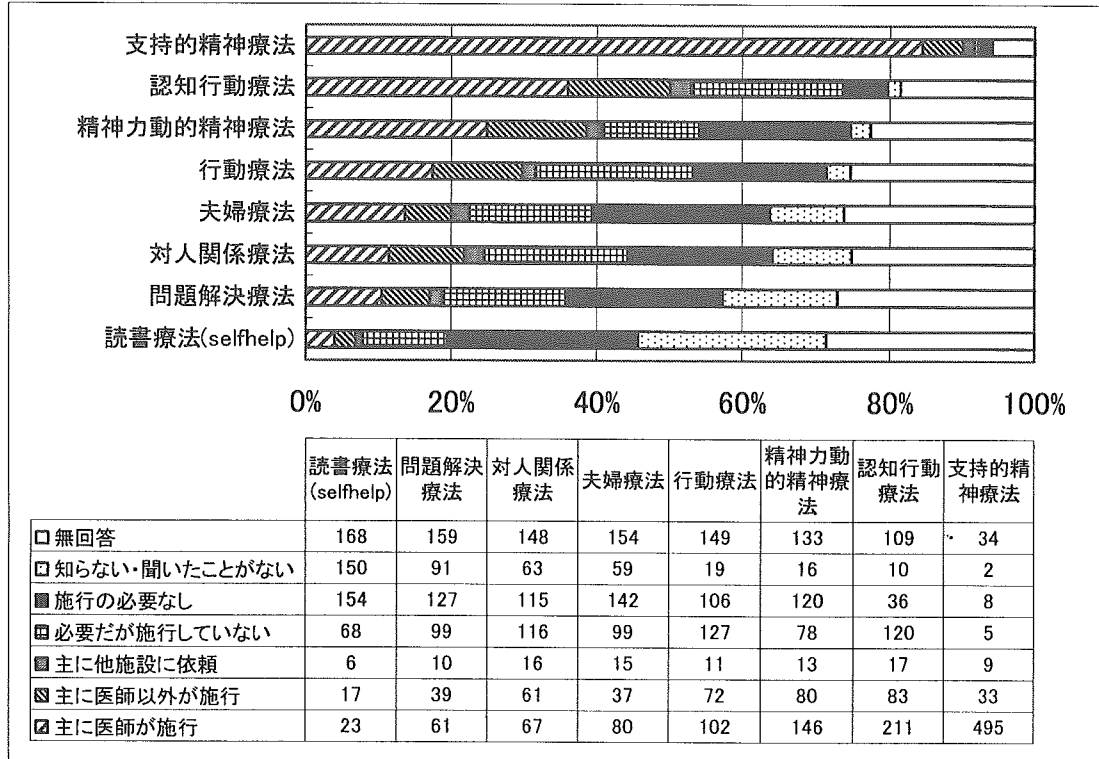


図7. 気分障害に対する精神療法の実施比率（患者あたり）

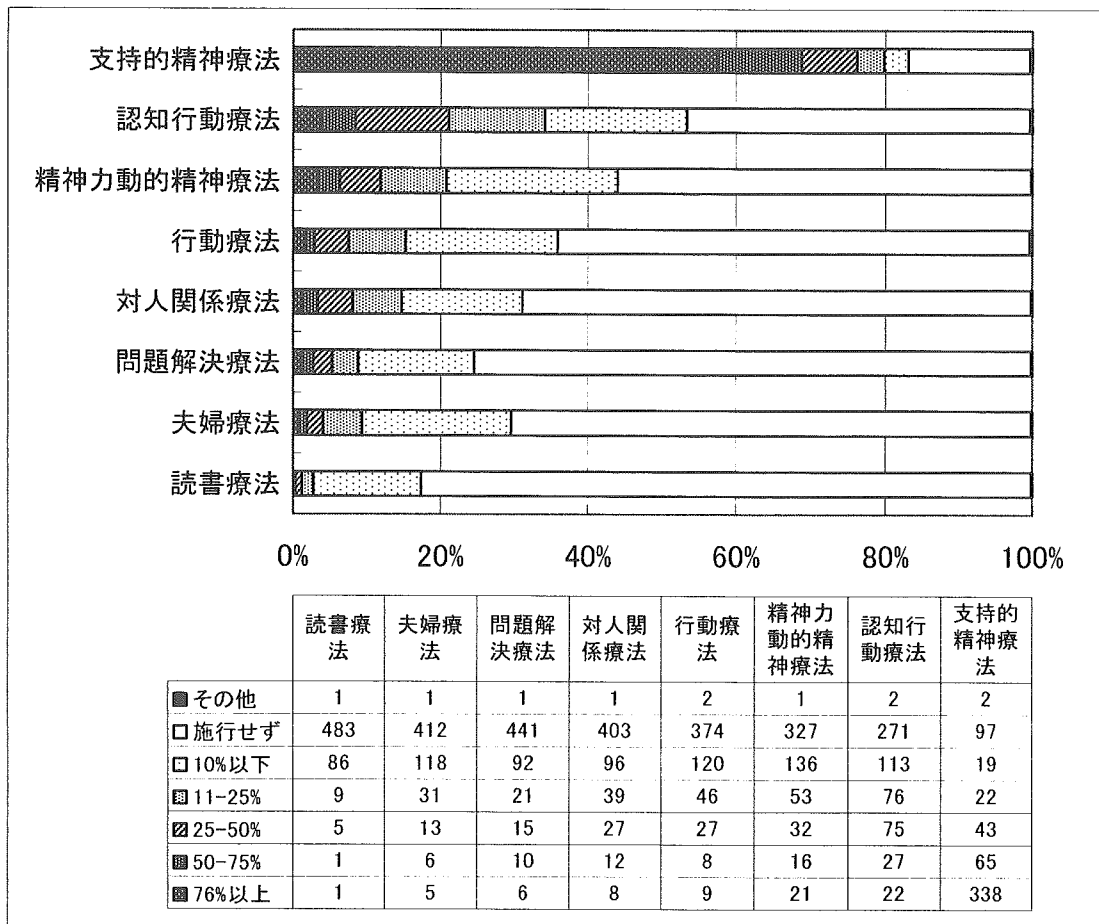


図8. 不安障害に対する精神療法の実施状況

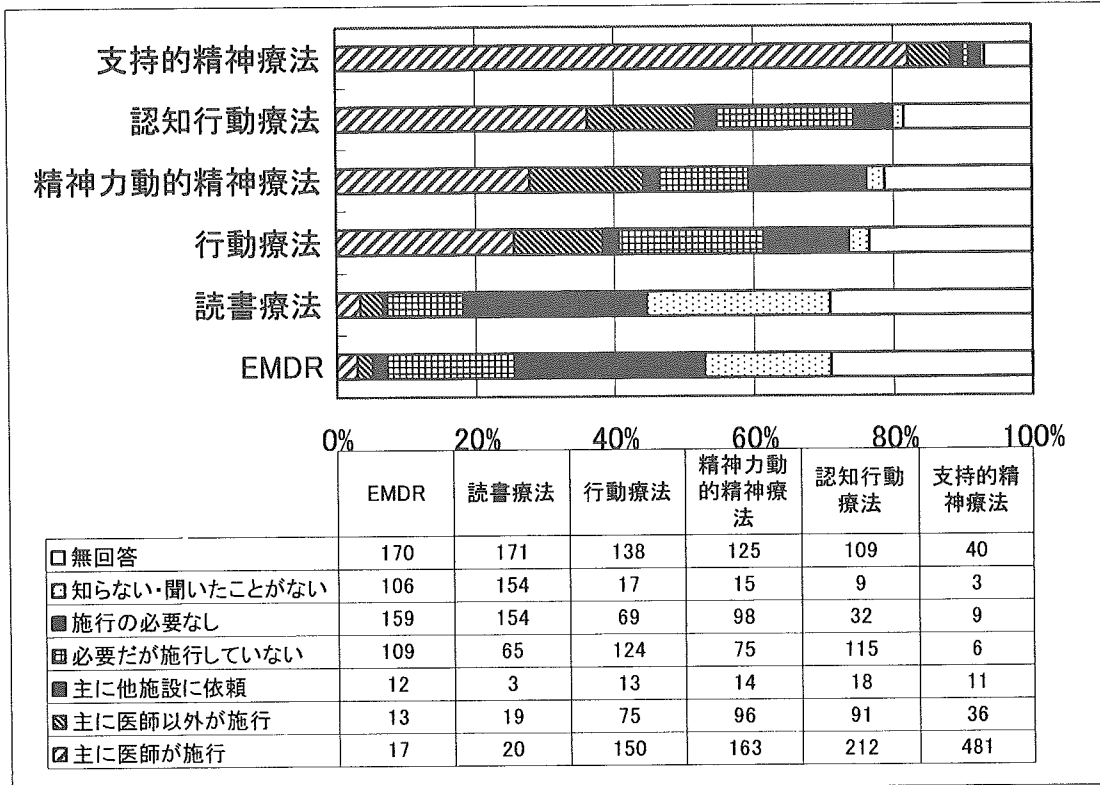


図9. 不安障害に対する精神療法の実施比率（患者あたり）

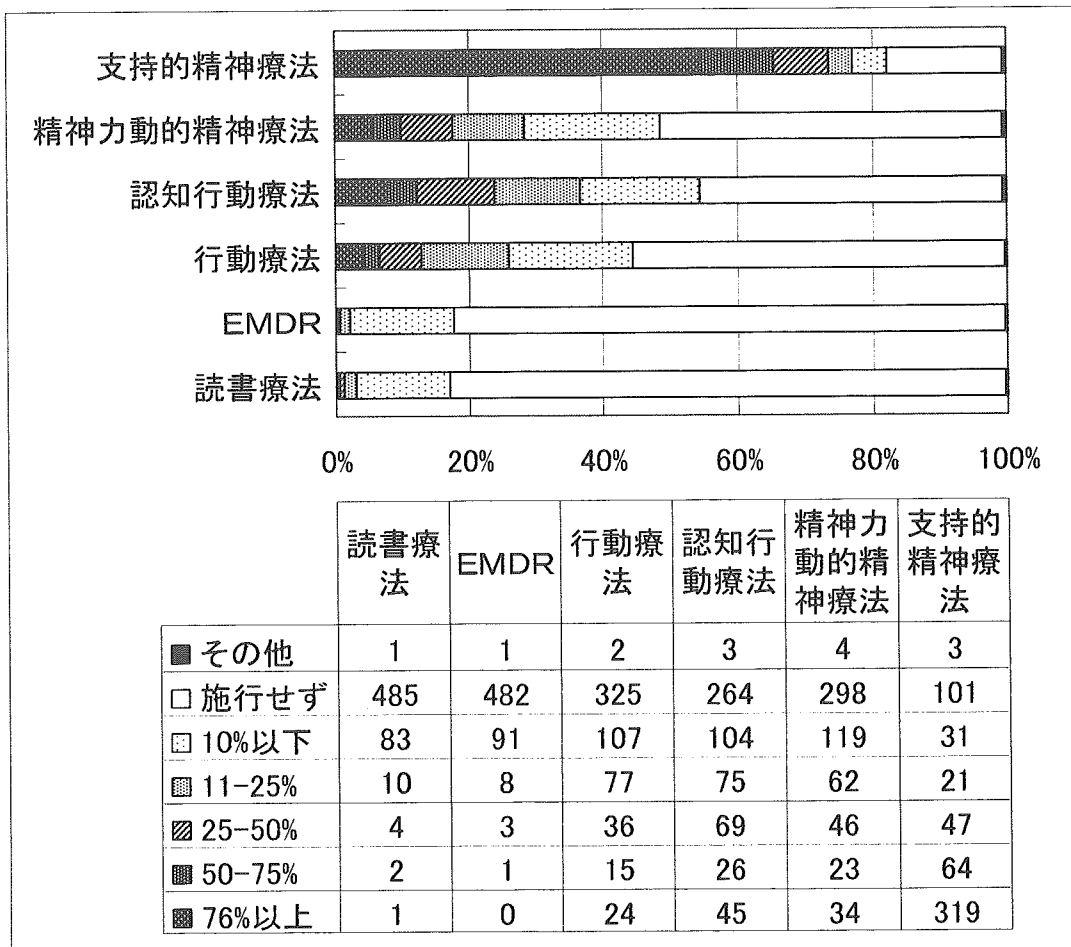


図10. 調査施設における精神療法の充足度

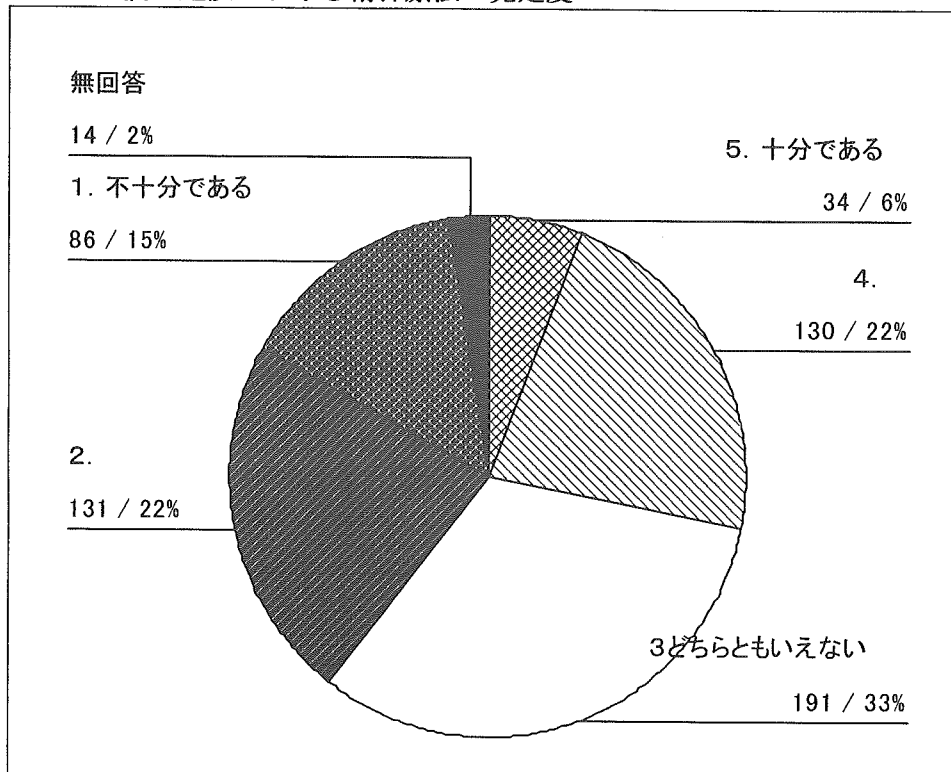


図11. 地域ごとの精神療法の充足度

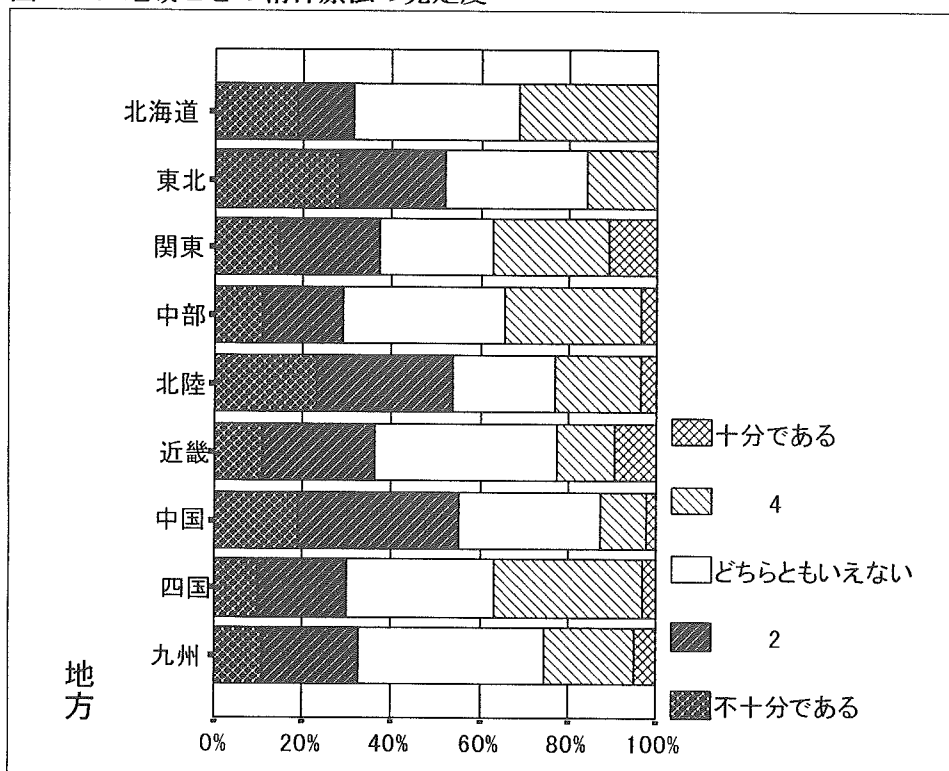
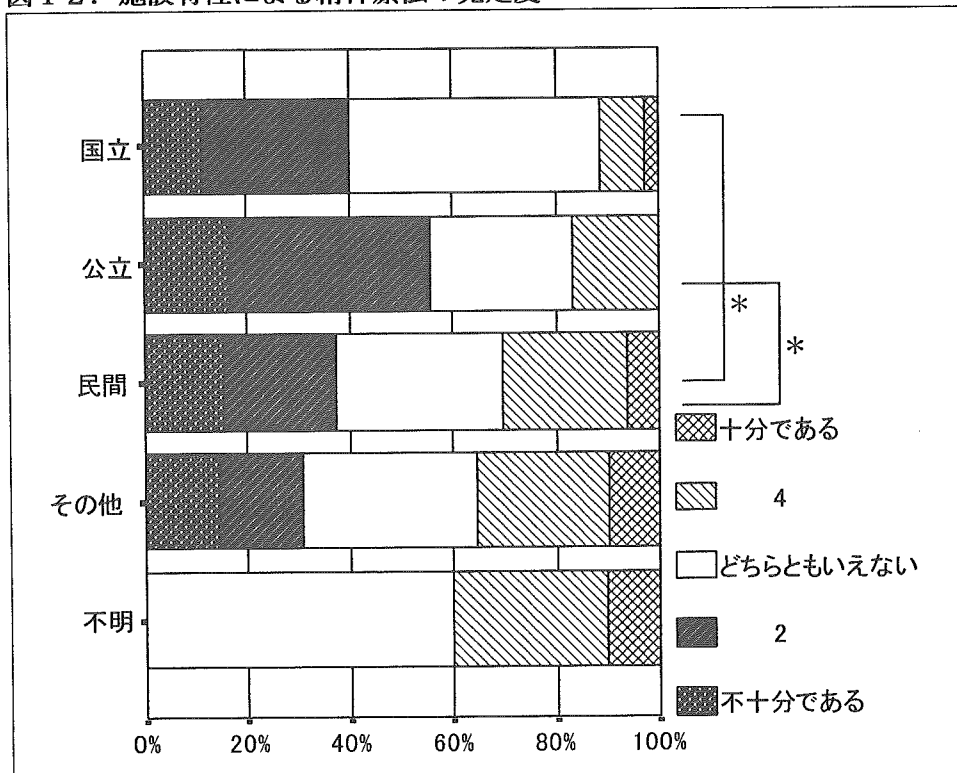
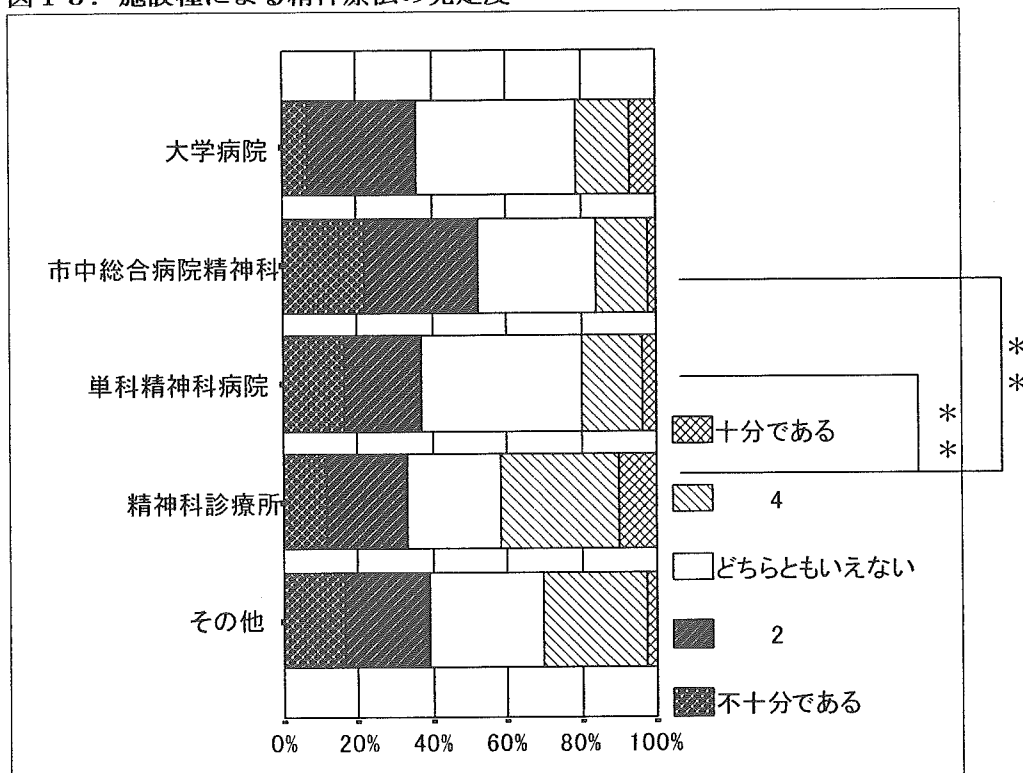


図 1 2. 施設特性による精神療法の充足度



\* :  $p < 0.05$  ( $\chi^2$  検定)

図 1 3. 施設種による精神療法の充足度



\*\* :  $p < 0.001$  ( $\chi^2$  検定)

図 1 4 . 精神療法の実施が十分でない理由

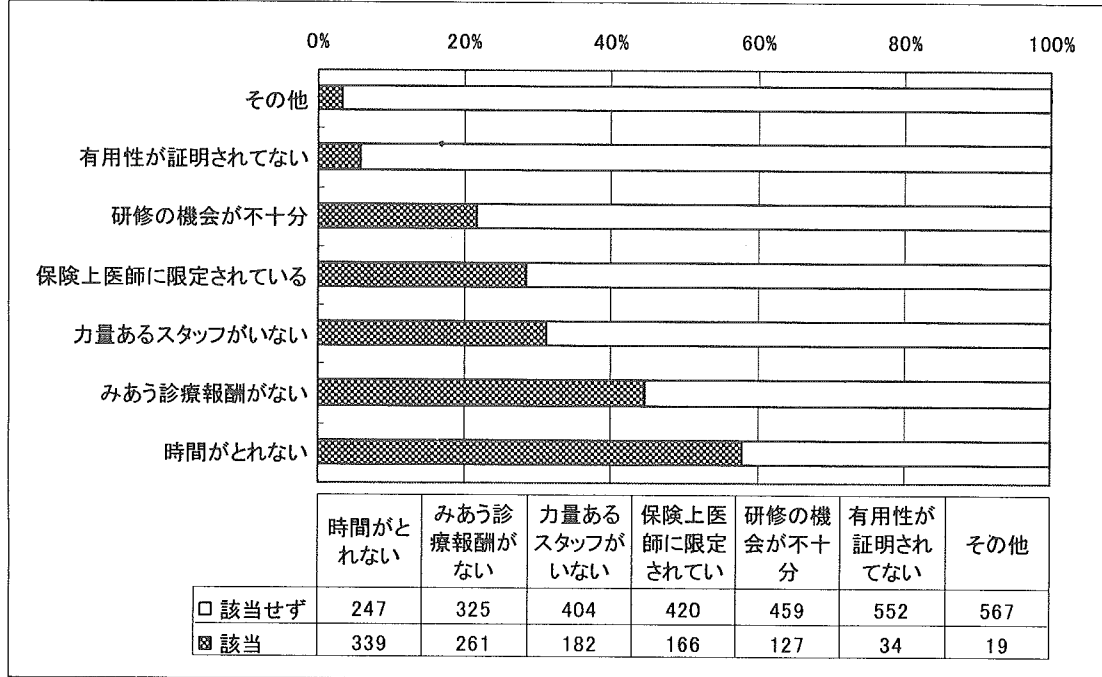


表 6 . 実施状況の充足度との相関要因

|           | 有用性が証明されていない | 保険上医師に限定されている | 力量のあるスタッフがいない | 時間のとれない | みあう診療報酬がない | 研修の機会が不十分 |
|-----------|--------------|---------------|---------------|---------|------------|-----------|
| 相関係数      | .042         | .218**        | .322**        | .421**  | .297**     | .204**    |
| 有意確率 (両側) | P=0.312      | P<.0001       | p<.001        | P<.0001 | P<p.001    | P<.001    |

\*\*1%水準で有意 (Spearman の  $\rho$ )

図15. 今後充実させたい精神療法

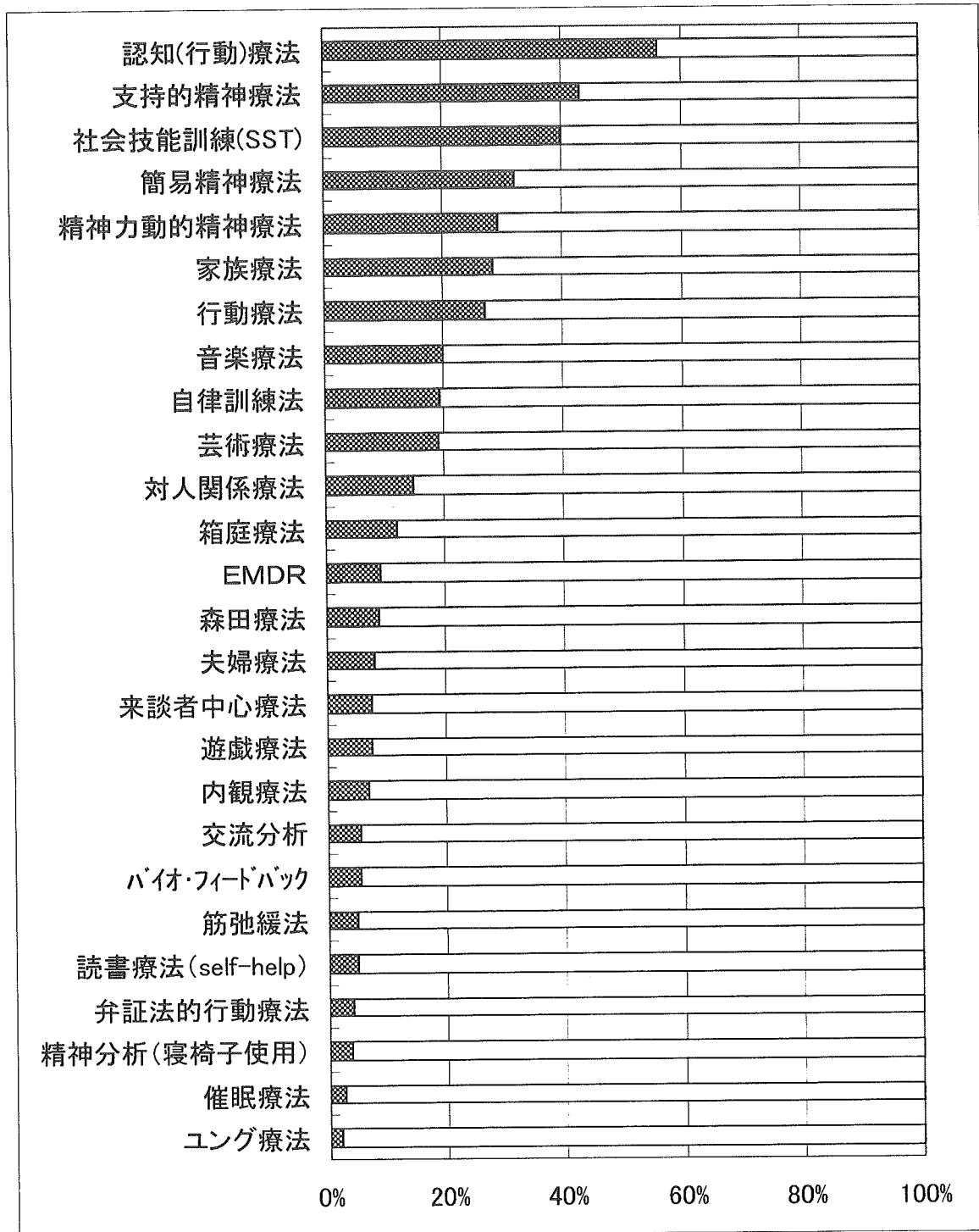




表7. 自由記述欄のコメント（分類・編集は著者による）

●精神療法の概念と施行方法について

・実際の臨床場面では、(本研究のように) 各精神療法を厳密にわけて実施するのではなく、複数の精神療法アプローチを併用したり、症例に応じて使い分けたり、主技法・副技法として併用して行っている場合が少なくない

●研修、治療のクオリティ・コントロールについて

・研修の機会の拡充、研修制度（講習とスーパービジョン）の確立が重要である。

●診療報酬について

・診療報酬の裏付けが弱く、結果的に十分な精神療法の実施が阻害されている（同様の意見多数）。

・保険点数がとれない一部の治療（例：音楽療法）を有料で行わざるを得ない、その対策として、技術料を引き上げたり、医師と協同して精神療法に従事する医療心理技術者や看護師の心理社会的介入を診療報酬に組みこんだりすることが望ましく、また、そのためには医療心理技術者の能力・医学的知識の担保が必要である。

・心理社会的介入に関して、「精神療法」以外の区分（例：統合失調症に対する「精神病療養指導」、不安障害に対する「精神障害療養指導」など）をもうけることを提案する。

・医療心理技術者による自費面接と医師による保険診療の混合診療を提案する。

●資源の提供の均等性について

・パーソナリティ障害患者や物質関連障害（依存症）患者への対応に時間とスキルを必要とすることから、診断・病態によって精神療法の保険点数を調整することを提案する。

・精神科非常勤医師のみの施設においては、医師不在の日にも、医師の指示において、医療心理技術者が心理面接を行うことを可能とすることが望まれる。

・どの精神療法をうけるかを患者側が選択できることが望ましいが、施設の都合上、その選択肢が与えられないことは問題である。

●臨床上、考慮すべき点

・リエゾン医療、終末期医療、慢性身体疾患への治療動機付けなど、の領域における精神療法実施を促進すべきである。

・地域、産業、司法、教育との連携がひつようである。

・精神療法のスタンダードな手引きが必要である。

I. 貴院の概要につき、お答え下さい(ご記入、または○をつけてください)。

|       |         |
|-------|---------|
| ①所在地: | 都・道・府・県 |
|-------|---------|

|         |   |
|---------|---|
| ②施設の種類: | ・大学病院      ・総合病院精神科      ・単科精神科病院<br>・精神科診療所      ・介護保健施設など      ・その他 |
|---------|---|

|         |   |
|---------|---|
| ③施設の形態: | ・国立・独立行政法人      ・公立・独立行政法人<br>・民間(医療法人、財団法人、社会福祉法人など)      ・その他 |
|---------|---|

|                 |   |
|-----------------|---|
| ④精神科医師数<br>(常勤) | 人 |
|-----------------|---|

|                 |   |
|-----------------|---|
| ⑤臨床心理士数<br>(常勤) | 人 |
|-----------------|---|

|      |  |
|------|--|
| ⑥病床数 | なし      ・      1～19床      ・      0～99床<br>100～299床      ・      300～499床      ・      500床以上 |
|------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| ⑦精神科外来患者数:<br>(一日あたり平均) | 0～19人      ・      20～49人      ・      50～99人<br>100～199人      ・      200人～299人      ・      300人以上 |
|-------------------------|--|

|                          |  |
|--------------------------|--|
| ⑧精神科外来新患者数<br>(1ヶ月あたり平均) | 0～19人      ・      20～49人      ・      50～99人<br>100～199人      ・      200人～299人      ・      300人以上 |
|--------------------------|--|

次ページに続きます

II-1. 以下の各治療法・技法につきまして、貴施設の現状に最も近いものを、下記の0～5のいずれかに○をご記入下さい。

- |                                |
|--------------------------------|
| 5. おもに医師が施行している                |
| 4. おもに医師の指示のもとに心理士などの職員が施行している |
| 3. おもに院外の施設に依頼して施行している         |
| 2. 諸事由で施行していないが必要と考えている        |
| 1. 当院では当面施行する必要がないと考えている       |
| 0. 知らない・聞いたことがない治療法            |

| 治療技法            | 施行状況 |   |   |   |   |   |
|-----------------|------|---|---|---|---|---|
| 簡易精神療法          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 支持的精神療法         | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 精神力動的な精神療法      | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 精神分析(寝椅子使用)     | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| ユング療法           | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 認知(行動)療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 行動療法            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 対人関係療法          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 森田療法            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 読書療法(self-help) | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| SST(社会技能訓練)     | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| EMDR            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 弁証法的行動療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

| 治療技法        | 施行状況 |   |   |   |   |   |
|-------------|------|---|---|---|---|---|
| 夫婦療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 箱庭療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 遊戯療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 家族療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 内観療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 来談者中心療法     | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 自律訓練法       | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 芸術療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 音楽療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 交流分析        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| バイオ・フィードバック | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 催眠療法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 筋弛緩法        | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

コメント)

II-2. その他、施行している治療技法がありましたら、下記にご記載の上、番号に○をご記入下さい。

| 治療技法 | 施行状況 |   |   |   |   |   | 施行状況 |   |   |   |   |   |   |
|------|------|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|
| [ ]  | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | [ ]  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| [ ]  | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | [ ]  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| [ ]  | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | [ ]  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

III. ここからは、精神疾患の種類ごとにお伺い致します。

各項目の精神疾患に対する、下記の治療法の施行状況につきまして、最もあてはまるものに○をつけてください。

5または4の場合は、対象患者(診断を満たす患者)のうちどの程度に施行しているか、当てはまる%に○をつけて下さい。

5. おもに医師が施行している
4. おもに医師の指示のもとに心理士などの職員が施行している
3. おもに院外の施設に依頼して施行している
2. 諸事由で施行していないが必要と考えている
1. 当院では当面施行する必要がないと考えている
0. 知らない・聞いたことがない治療法

A. 統合失調症など精神病圏(ICDコード:F2に該当)の患者を対象とした場合にお聞きします。

| 治療技法     | 施行状況 |   |   |   |   |   | 施行頻度(該当する患者数あたり)           |
|----------|------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| 支持的精神療法  | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 認知行動療法   | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 社会生活技能訓練 | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 家族療法     | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 作業療法     | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| その他( )   | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| その他( )   | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |

B. うつ病、双極性障害などの感情障害(気分障害:ICDコードF3に該当)の患者を対象とした場合にお聞きします。

| 治療技法            | 施行状況 |   |   |   |   |   | 施行頻度(該当する患者数あたり)           |
|-----------------|------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| 支持的精神療法         | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 精神力動的療法         | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 認知行動療法          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 対人関係療法          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 行動療法            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 夫婦療法            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 問題解決療法          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 読書療法(self-help) | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| その他( )          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| その他( )          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |

C. 不安障害圏(パニック障害、全般性不安障害、PTSDなど)の患者を対象とした場合にお聞きします。

| 治療技法            | 施行状況 |   |   |   |   |   | 施行頻度(該当する患者数あたり)           |
|-----------------|------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| 支持的精神療法         | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 精神力動的療法         | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 認知行動療法          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 行動療法            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| EMDR            | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| 読書療法(self-help) | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| その他( )          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |
| その他( )          | 5    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10%以下、~25%、~50%、~75%、76%以上 |

IV. 貴施設における精神療法の実施についてのご意見をお聞かせください。

①貴施設における精神療法の実施状況について、どのようにお考えでしょうか？(最も近い数字に○をつけてください)

|       |         |        |   |   |
|-------|---------|--------|---|---|
| 十分である | どちらでもない | 不十分である |   |   |
| 5     | 4       | 3      | 2 | 1 |

②貴施設での精神療法の実施が充分でないとお考えの場合、その理由はなんですか？

以下のうち該当するものすべてに○をおつけください。(複数回答可)

1. 精神療法の有用性が証明されていない
2. 精神療法の実施が(医療保険上)医師のみに限定されていることが問題である
3. 精神療法を実施できるだけの十分な力量をもったスタッフがいない
4. 精神療法を実施するための時間がとれない
5. 精神療法の実施に見合うだけの診療報酬がない
6. 精神療法に関して十分な研修の機会がない
7. その他( )

③今後、貴施設にて充実させたいとお考えの精神療法があれば、該当するものすべてに○をおつけください。

- |                     |                 |                 |
|---------------------|-----------------|-----------------|
| 1) 簡易精神療法           | 11) SST(社会技能訓練) | 21) 芸術療法        |
| 2) 支持的精神療法          | 12) EMDR        | 22) 音楽療法        |
| 3) 精神力動的精神療法        | 13) 弁証法的行動療法    | 23) 交流分析        |
| 4) 精神分析(寝椅子使用)      | 14) 夫婦療法        | 24) バイオ・フィードバック |
| 5) ユング療法            | 15) 箱庭療法        | 25) 催眠療法        |
| 6) 認知(行動)療法         | 16) 遊戯療法        | 26) 筋弛緩法        |
| 7) 行動療法             | 17) 家族療法        | 27) その他( )      |
| 8) 対人関係療法           | 18) 内観療法        | 28) その他( )      |
| 9) 森田療法             | 19) 来談者中心療法     | 29) その他( )      |
| 10) 読書療法(self-help) | 20) 自律訓練法       | 30) その他( )      |

V. その他、精神療法の実施についてご意見がありましたら、ご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。  
添付の封筒に入れてご返送ください。

アメリカの精神療法事情：精神療法家養成の観点から

コロンビア大学医学部精神科 中川敦夫

分担研究者：大野裕（慶應義塾大学）

研究協力者：藤澤大介（桜ヶ丘記念病院）・佐渡充洋（英国ロンドン大学公衆衛生大学院）

・宗未来（久里浜アルコール症センター）・菊地俊暁（桜ヶ丘記念病院）

## 研究概要

最近の目覚ましい精神療法の発展の中、ある一定水準の質を担保した精神療法家の養成が重大な課題となっている。本研究は、アメリカにおける臨床心理系大学院の精神療法教育・研究分野の動向と精神療法家の教育養成を明らかにすることを目的に文献のレビュー、そしてアメリカ臨床心理士へのヒアリングを行った。その結果、専門臨床教育プログラムとしては家族療法、認知行動療法、神経心理/リハビリテーションが最も多く行なわれていた。教官の専門としては、認知行動的志向と精神力動的志向の割合が高かった。そして精神療法の専門家の養成においては、臨床心理士の場合は博士課程教育とインターンが必要とされ、一方、精神科医の場合は卒後 2 年目からのクルズとスーパービジョンがなされていた。このように、アメリカでは精神療法家の質を担保しようとして様々な教育面で試みがなされている。今後、我が国においても質の高い精神療法家の充実のために、精神療法家養成に関する教育への検討が必要であると考えられる。

## A. 研究目的

ここ 10 年余りアメリカ精神医学雑誌 The American Journal of Psychiatry にて、精神療法の臨床試験から治療転帰としての自殺等といった精神療法に関する論文が毎年 15 前後掲載され続けている(1)。さらに例えば、軽度から中程度の急性期うつ病には認知療法などの精神療法の有効性が報告され(2-5)、また維持期治療においても認知療法などの精神療法の効果が報告されている(6-10)。このような知見から、精神療法が治療ガイドラインに明記されるなど、精神療法の治療再度評価がすすみ、ますます精神療法や臨床心理分野が発展をしているのがアメリカの現状である。こうした目覚ましい精神療法の発展の一方、現場の精神療法家は最新の知見や分野を update していくことが困難になっている現状もある。一方、同時にある程度水準の質を担保した精神療法家の養成も重大な課題となっている。

本研究では、アメリカにおける①臨床心理系大学院における精神療法教育・研究分野の動向、②精神療法家の教育養成を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

本研究では、アメリカ心理学会 American Psychologist Association によって認定された clinical PhD プログラムと clinical PsyD プログラムの責任者に対する Mayne らの調査(11,12)及び関連する文献のレビュー、そしてアメリカ臨床心理士(コロンビア大学)へのヒアリングにより、アメリカにおける精神療法教育・研究動向と精神療法家養成の点を明らかにした。

## C. 研究結果

### ①精神療法研究分野の動向

Mayne ら (12)は、全米に設置されている

American Psychologist Association により認定された 144 の clinical PhD と clinical PsyD プログラムのうちの 115(80%)を対象に調査を行った。

その結果、アメリカの臨床心理学系プログラムで最も多くの施設で研究が行われている専門研究分野は、行動医学/健康心理学であった(表 1)。慢性疼痛や喘息などといった心身医学に関連する行動医学が首位を占めた要因の1つとしてはそもそも行動医学が対象とする領域が広範囲に渡るためと考えられる。また多くのプログラムでは、教育施設にて一般精神療法実習を行っているものの、表2に示されているように家族療法や行動医学、神経心理/リハビリテーションなど専門臨床教育プログラムも開設されていた。さらに表3では、行われている PhD と PsyD プログラムの臨床 vs 研究の重視度と教官の精神療法の志向性を示した。尚、この専門分野の重視度とは設置プログラムがより臨床あるいは研究にあるかを7段階評価で示したものである(1=臨床重視、4=臨床と研究が同等、7=研究重視)。その結果、PsyD プログラムは、より臨床重視傾向にあったのに対して、PhD プログラムはやや研究重視傾向にあった。また教官の志向性を5分野に分類し(精神力動、行動分析、認知行動、システム、現象論的)その頻度を表3に示した。その結果、PhD 教官の方が PsyD 教官に比して認知行動療法志向の教官が多いことを認めた。このように、アメリカの精神療法の教育プログラムとしては家族療法や認知行動療法のプログラムが多く、また教官の専門は、認知行動的志向と精神力動的志向の割合が高くなっていた。

## ②精神療法家の養成

アメリカの精神療法を行う臨床心理士は、資格面と教育背景が日本と異なっている。アメリカの臨床心理士は大学院博士課程の修了後、州で公認される clinical psychologist 資格の取得が必須である。この大学院の修業年数は約4年の教育と1-2年のインターン(スーパービジョン下のトレーニング)から構成されるが、児童臨床心

理士になるには、さらに1-2年余分にかかる。

臨床心理系大学院は、大きく分けて研究主体の PhD コースと、臨床主体の PsyD(Doctor of Psychology)コースがある。

PhD プログラムはボルダーモデルともいわれ、これは1949年の臨床心理学に関するトレーニング学会が開催されたコロラド州ボルダーでまとめられたモデルをもとにしている。このボルダーモデルでは PhD の学位を専門職として必須条件にしたことが最大の特徴のである。その他の特徴としては、臨床トレーニングの場として大学院内に設置し、さらに臨床と研究の両方を重視し、臨床研究者を養成することを目的としたのが特徴である。すなわち学位申請の際には研究計画の立案などといった研究的な要素も必要条件となっている。

PsyD プログラムはベイルモデルといわれ、これは1973年の臨床心理学に関するトレーニング学会が開催されたコロラド州ベイルでまとめられたモデルをもとにしている。これは、臨床心理の分野も医学や司法のように十分に成熟して、専門家の養成をできる水準まで至ったという見解から専門職養成のプログラムの開設が決まり、その養成プログラムがベイルモデルといわれる。ベイルモデルは、ボルダーモデルを改変するのではなく別に設置され、専門職としての臨床家の養成が主眼とされた。このため、ボルダーモデルとは異なり、大学院内、大学院関連心理系専門学校、独立系心理系専門学校の3つの組織で設置が可能となっている。

州公認の clinical psychologist 資格に関しては、博士の学位、2年のスーパービジョンの他に、トレーニング(そのうち1年は博士課程内)と卒業後1年に The Association of State and Provincial Psychology Boards ASPPB [www.asppb.org](http://www.asppb.org) の試験委員会により作成された試験を受けて合格しなければならない。試験は Examination for Professional Practice in Psychology EPPP と呼ばれ、全米・カナダの300コンピューター試験センターにて受験できる。EPPPは225題の択一試験

で 4 時間 15 分の試験時間が認められている。EPPP の試験内容の概要を表 4 に示す。

最後に精神科医の精神療法家のトレーニングについてコロンビア大学の精神科研修プログラム

<http://www.cumc.columbia.edu/dept/pi/residency/overview.html> を例にして述べる。研修プログラムは合計 4 年であるが、2 年目からは 2 名の外来患者にスーパービジョンを受けながら精神分析的な精神療法を行い始める。また、クルズスとして精神力動的インタビュー(3 ヶ月)、臨床精神力動(5 ヶ月)、重症パーソナリティ障害への精神療法(1 ヶ月)、支持的な精神療法(2 週間)、行動療法(1 ヶ月)、家族療法(1 ヶ月)が行われる。そして 3 年目からは、週 5 時間のスーパービジョンの下で、認知療法と対人関係療法を行い、週 1 時間のスーパービジョンで家族療法のトレーニングを受ける。クルズスとしては、精神療法技法(9 ヶ月)、臨床的精神力動(4 ヶ月)、精神療法と薬物療法の併用(4 週間)、認知行動療法(2 ヶ月)、家族療法(3 週間)、対人関係療法(3 週間)、集団療法(1 ヶ月)、夫婦療法(3 週間)が行われる。4 年目には、クルズスとしては、転移(2 ヶ月)、精神力動プロセス(2 ヶ月)、精神力動デモンストレーション(6 週間)、短期精神力動的な精神療法(2 ヶ月)、終結(1 ヶ月)、現場での精神療法(3 週間)が行われる。このように、精神科医研修医にかなり充実した精神療法のトレーニングが行われている。

#### D. 結論

本研究では、アメリカにおける精神療法教育・研究分野の動向と精神療法家の教育養成を明らかにした。アメリカの精神療法は、臨床ならびに研究分野は多岐にわたっており、精神療法も精神科医のみでなく PhD や PsyD を修得した臨床心理士によっても行われていた。さらに精神療法の専門家の養成においても、精神科医に関しては充実した卒業後教育、臨床心理士には課程教育がなされその質を担保しようとして様々

な教育面で試みがなされていた。今後、我が国においても質の高い精神療法家の充実が重要な課題であるが、本研究を踏まえ、精神療法家養成教育充実のための検討が必要であると考えられる。



表1 アメリカの PhD/PsyD プログラムの上位 20 の研究分野 (N=115) (学校数、教官数、研究費獲得数)

| 研究分野          | 学校数 |    |      | 教官数 |     | 獲得研究費数 |    |
|---------------|-----|----|------|-----|-----|--------|----|
|               | 順位  | n  | %    | 順位  | n   | 順位     | n  |
| 健康医学/行動心理学    | 1   | 74 | 64.3 | 1   | 222 | 1      | 44 |
| 家族療法/システム/研究  | 2   | 49 | 42.6 | 2   | 121 | 9      | 16 |
| 感情障害          | 3   | 47 | 40.9 | 6   | 81  | 3      | 25 |
| 物質依存          | 3   | 47 | 40.9 | 5   | 84  | 2      | 28 |
| 臨床児童/児童精神病理   | 5   | 45 | 39.1 | 4   | 97  | 3      | 25 |
| 精神療法プロセス/効果   | 5   | 45 | 39.1 | 3   | 105 | 7      | 19 |
| 神経心理          | 7   | 41 | 35.7 | 7   | 72  | 8      | 18 |
| 暴力/虐待/被害者-加害者 | 8   | 38 | 33.0 | 8   | 67  | 5      | 20 |
| 摂食障害          | 9   | 35 | 30.4 | 12  | 51  | 20     | 8  |
| 不安障害          | 10  | 32 | 27.8 | 23  | 25  | 5      | 20 |
| 発達(児童・思春期)    | 10  | 32 | 27.8 | 9   | 60  | 11     | 12 |
| 加齢/老年学        | 12  | 26 | 22.6 | 11  | 52  | 10     | 15 |
| ストレス・コーピング    | 12  | 26 | 22.6 | 12  | 51  | 18     | 9  |
| 夫婦/カップル       | 14  | 24 | 20.9 | 16  | 40  | 11     | 12 |
| 社会生活技能/認知     | 14  | 24 | 20.9 | 14  | 46  | 11     | 12 |
| 地域心理学         | 16  | 23 | 20.0 | 10  | 57  | 16     | 10 |
| 学習障害/ADHD     | 16  | 23 | 20.0 | 17  | 38  | 14     | 11 |
| 診断・評価         | 18  | 21 | 18.3 | 19  | 31  | -      | 4  |
| 精神生理          | 18  | 21 | 18.3 | 22  | 26  | 14     | 11 |
| 統合失調症/精神病     | 20  | 18 | 15.7 | -   | 22  | 16     | 10 |

Sayette and Mayne, 1990

表 2 アメリカの PhD/PsyD プログラムに設置されている専門的臨床教育プログラム

| 専門臨床分野         | 順位 | プログラ<br>ム数 | 専門臨床分野       | 順位 | プログラ<br>ム数 |
|----------------|----|------------|--------------|----|------------|
| 家族療法           | 1  | 73         | スポーツ心理学      | 22 | 11         |
| 行動医学(認知行動療法)   | 2  | 72         | 聾            | 23 | 9          |
| 神経心理・リハビリテーション | 3  | 65         | 解離性障害        | 24 | 5          |
| 夫婦療法           | 4  | 61         | 集団療法         | 25 | 4          |
| 地域心理学          | 5  | 45         | 催眠           | 25 | 4          |
| 摂食障害           | 5  | 45         | 評価           | 27 | 3          |
| 不安障害           | 7  | 41         | 司法心理学        | 27 | 3          |
| マイノリティー/異文化    | 8  | 34         | 産業/組織心理学     | 27 | 3          |
| 老年期            | 9  | 33         | 精神力動/精神分析療法  | 27 | 3          |
| 統合失調症/精神病      | 9  | 33         | AIDS         | 31 | 2          |
| 暴力/虐待/被害者-加害者  | 9  | 33         | 過剰活動         | 31 | 2          |
| 発達障害/自閉症       | 12 | 32         | 精神療法スーパービジョン | 31 | 2          |
| 学校/教育心理学       | 13 | 21         | 思春期問題行動      | 34 | 1          |
| パーソナリティ障害      | 14 | 19         | 行為障害         | 34 | 1          |
| セックス療法         | 15 | 18         | 乳児/産褥期       | 34 | 1          |
| 感情障害           | 16 | 16         | 対人関係療法       | 34 | 1          |
| 物質依存           | 16 | 16         | 理論-感情療法      | 34 | 1          |
| 衝動制御/攻撃性       | 18 | 15         | 職業心理学        | 34 | 1          |
| 睡眠障害           | 18 | 15         |              |    |            |
| 強迫性障害          | 20 | 12         |              |    |            |
| 地方心理学          | 20 | 12         |              |    |            |

Sayette and Mayne, 1990

表3 アメリカの PhD/PsyD プログラム研究分野と教官の志向性

| プログラムの志向性 | PhD  |     | PsyD |     |
|-----------|------|-----|------|-----|
|           | Mean | SD  | Mean | SD  |
| 臨床-研究重視度  | 4.5  | 1.1 | 2.3  | 0.7 |

(7段階評価;より臨床重視ほど1とし、より研究重視ほど7とする)

| 教官の志向性           | PhD (%) | PsyD (%) |
|------------------|---------|----------|
| 精神力動/自己分析/精神分析   | 25.7    | 23.5     |
| 行動分析/応用行動システム    | 14.5    | 11.2     |
| システム             | 13.2    | 17.4     |
| 実在主義的、現象論、ゲシュタルト | 10.0    | 10.4     |
| 認知行動/社会学習論       | 43.7    | 26.9     |

Sayette and Mayne, 1990

表4 アメリカ臨床心理士試験 Examination for Professional Practice in Psychology の出題内容

| 分野          | 出題数の割合 (%) | 出題内容                           |
|-------------|------------|--------------------------------|
| 行動の生物学的背景   | 11         | 神経解剖学・生理学・化学、遺伝学、ストレスの心理生物学など  |
| 行動の認知・感情的背景 | 13         | 認知科学、学習、感情など                   |
| 行動の社会と文化的背景 | 12         | 社会認知、相互反応、集団力動、環境心理学など         |
| 成長と発展       | 13         | 発達、ライフイベント、家族システムなど            |
| 評価と診断       | 14         | 評価尺度、評価方法、個人・組織の評価、診断分類など      |
| 治療・介入       | 16         | 個人・集団、治療理論、コンサルテーション           |
| 研究方法        | 6          | 研究デザイン、方法論、評価、統計、妥当性           |
| 倫理・司法・教育    | 15         | 倫理コード、専門家の役割、法律義務、倫理的ガイドライン、教育 |

The Association of State and Provincial Psychology Boards

## E. 参考文献

1. Gabbard GO, Freedman R. Psychotherapy in the Journal: What's Missing? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 182-184.
2. Dobson KS: A meta-analysis of the efficacy of the cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57; 414-419
3. Gaffan EA, Tasousis I, Kemp-Wheeler SM: Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 996-980
4. Blackburn IM, Moore RG: Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 1997; 171; 328-334
5. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed people 1998. *J Affect Disord* 1998; 49:59-72
6. Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Canestrari R, Morphy MA; Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1295-1299
7. Fava M, Kaji J: Continuation and maintenance treatments of major depressive disorder. *Psychiatr Annals* 1994; 24:281-290
8. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:816-820
9. Jarrett DB, Basco MR, Riser R, Ramanan J, Marwill M, Rush AJ: Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients? *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:1036-1040
10. Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Rafanelli C, Canestrari R: Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153:945-947
11. Mayne TJ, Sayette MA. *Insider's guide to graduate programs in clinical psychology*. 1990; New York: Guildford Press.
12. Sayette MA, Mayne TJ. Survey of current clinical research trends in clinical psychology, *American Psychologist* 1990; 45: 1263-1266